Ein Beitrag zur Casuistik der Uterusfibrome.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe

welche

nebst beigefügten Thesen

mit Zustimmung der Hohen Medicinischen Fakultät der Königl. Universität zu Greifswald

am

Montag, den 9. Juli 1888

Nachmittags 1/2 2 Uhr

öffentlich verteidigen wird

Friedrich Koch

aus Posen.

Opponenten:

Herr Dr. **Koburg**, prakt. Arzt.
Herr **Beyer**, cand. med.
Herr **Schmidt**, cand. med.

Greifswald.
Druck von Julius Abel.
1888.

Seiner lieben Mutter

in Liebe und Dankbarkeit

gewidmet

vom

Verfasser.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40154001_0282

Vom anatomischen Standpunkte aus sind die Gebärmutterfibroide ohne Zweifel als gutartige Neubildungen zu bezeichnen, da sie in der Regel langsam wachsen und keine Metastasen machen, sodass nach glücklicher Entfernung eines derartigen Tumors die betreffende Kranke als vollständig geheilt betrachtet werden kann. Andrerseits aber stellen die Fibromyome des Uterus ein Leiden dar, welches durch lästige Beschwerden den Lebensgenuss in hohem Grade stört, die Kräfte verzehrt, in häufigen Fällen sogar durch Complicationen, wie Blutungen, Vereiterung, Verjauchung etc. direct lebensgefährlich wird.

Die therapeutische Aufgabe nun bei Fibromyomen wird darin liegen, diese Neubildungen zu entfernen und damit das Leiden zu heben. Der Methoden nun, die zur Beseitigung derartiger Neubildungen angewandt werden, giebt es zwei: Entweder sucht man die Tumoren durch medikamentöse Einwirkung zum Schwunde zu bringen, oder man beseitigt sie auf operativem Wege. Die erstere Art des Verfahrens ist nun die ungefährlichere, aber zugleich auch die unzuverlässigere. Einige Angaben, wonach in Folge von Behandlung mit Bromkalium, Jodkalium, Phosphor, Arsenik u. a. Geschwülste des Uterus sich zurückgebildet, beruhen wahrscheinlich

auf diagnostischen Irrtümern. Von allen innerlichen Mitteln, die zur Beseitigung der Myome angegeben sind, verdient Berücksichtigung allein das Secale cornutum und seine Präparate, die besonders von Hildebrandt eifrig empfohlen worden sind. Am besten benutzt wird das Ergotinum depuratum, welches in wässriger Lösung unter die Haut des Bauches injiciert wird. Diese Einspritzungen, die übrigens tief in die Bauchdecken hinein gemacht und durch lange Zeit hindurch wiederholt werden müssen, rufen Schmerzen und Beschwerden hervor und sind in ihrer Wirkung immer noch sehr zweifelhaft, verdienen aber bei der symptomatischen Behandlung der Fibromyome entschieden Berücksichtigung.

Sicherer, zugleich aber auch gefahrvoller als die medikamentöse Behandlung ist das vielfach angewendete Verfahren, auf operativem Wege eine Rückbildung der Myome zu erzielen.

Retzius führte zuerst absichtlich eine Gangränescierung herbei, indem er wiederholt auf die zugänglich gemachte Geschwulst Ferrum candens applicierte. Es erfolgte nach längerer Eiterung Heilung. Baker-Brown empfahl die teilweise Zerstückelung der Fibrome, um diese zur Gangrän und damit zum Verschwinden zu bringen. Dieses Verfahren war auf der einen Seite nicht immer oder vielmehr nur selten genügend zur vollständigen Beseitigung der Geschwulst, auf der anderen Seite war es durchaus nicht ungefährlich. Von sechs durch Baker-Brown mitgeteilten Fällen kam einer

durch Jauchung vollständig zur Genesung, in 4 Fällen führte die Behandlung zur Verkleinerung der Tumoren, in einem Fall zum Tode durch Pyämie. Schon allein die Thatsache, dass für diese Art der Behandlung sich keine Anhänger fanden und dass Baker-Brown selbst diese Operation später aufgab, beweist die Unzulänglichkeit dieses Verfahrens. Beachtenswerter ist bei Behandlung der Myome die Exstirpation der Eierstöcke, welche den Zweck hat, künstlich vor der Zeit die Menopause herbeizuführen und somit auf die Entwickelung der Myome hemmend einzuwirken. Die Ausführung dieser Operation besteht in Eröffnung der Bauchhöhle durch einen Längsschnitt, in Unterbindung der Ovarien und Trennung derselben vom Uterus. Wenn nun auch die Gefahren dieser Operation etwas geringer sind, als die der Myomotomie, so sind dafür ihre Erfolge durchaus nicht sicher; die Operierten behalten nach der Castration die Geschwulst des Uterus mit allen ihren Gefahren. Bei einer bedeutenden Anzahl der Castrierten hat die Operation oft nur geringen oder gar keinen Erfolg, es bleiben Schmerzen und Drucksymptome, bisweilen wächst sogar nach der Castration der Tumor weiter, während mit der glücklich überstandenen Myomexstirpation vollständige Heilung eintritt. Indiciert wird die Castration in Fällen sein, in denen der Tumor nicht allzugross ist und so sitzt, dass seine Entfernung nur unter grosser Gefahr ausführbar erscheint, während die Entfernung der Ovarien unter günstigen Verhältnissen vorgenommen werden kann. Das Gesamturteil über den

Wert der Castration wird nach dem Erwähnten dahin zusammenzufassen sein, dass diese Operation nach langjährigen Beobachtungen weniger lebensgefährlich ist, als die Exstirpation der Myome durch Laparotomie, dabei mit Sicherheit die Blutungen beseitigt, die Geschwulst sehr häufig zum Stillstand in der Entwickelung bringt, oder gar zur Rückbildung der Tumoren führt. Trotz aller dieser Vorteile ist die Castration an Erfolg und somit an Wert nicht zu vergleichen mit der totalen Exstirpation der Myome, die unter günstigen Verhältnissen immer zu vollkommener Heilung führt, häufig auch in Fällen, in denen erfahrungsgemäss die Castration gar keinen Nutzen gehabt hätte.

Aus den Erfahrungen, die man bisher mit den verschiedensten Behandlungsmethoden gemacht, geht unumstritten klar hervor, dass eine radikale Beseitigung der Uterusmyome nur durch operative Eingriffe und zwar durch die Exstirpation, möglich ist. Die bedauernswerte Thatsache nun, dass derartige Operationen trotz aller Massregeln und Fortschritte der Technik und Antiseptik immer noch äusserst gefährlich sind, wird nur für den Fall der Not einen derartigen schweren Eingriff zulassen und zwar nur da, wo sie möglich ist. Auf zwei Wegen kann man den Uterusmyomen beikommen: Entweder von der Scheide und dem Cervix aus, oder von den Bauchdecken aus nach vollführter Laparotomie. Die Enucleation von der Scheide aus ist in erster Linie indicirt bei submucösen und interstitiellen Cervixmyomen. Von den Myomen des Uteruskörpers eignen sich die submu-

cösen und interstitiellen nur unter besonderen Bedingungen zur Enucleation. Einfach und leicht ist gewöhnlich die Exstirpation bei den gestielten submucösen Uterusfibromen, den fibrösen Polypen, deren Stiel sich leicht durchtrennen lässt. Besonders erleichtert ist das Exstirpationsverfahren, wenn das gestielte Myom aus dem Muttermund herausgetreten ist und somit der Stiel nach oben leicht verfolgt werden kann. Schwieriger allerdings wird die Entfernung grosser gestielter Fibrome und ist nicht ohne alle Gefahr, sobald aber der Stiel zugänglich ist, wird die Operation leicht und gefahrlos. Anders freilich verhält es sich mit den interstitiellen Fibromyomen. Am leichtesten ist hier die Operation bei Cervixmyomen, wenn dieselben nicht gerade durch eine sehr bedeutende Grösse Schwierigkeiten machen. Bei Myomen des Uteruskörpers dagegen ist die Operation fast stets schwer ausführlich, so dass man sie nur dann ausführen sollte, wenn dringende Symptome die Entfernung des Tumors verlangen und diese von der Scheide aus ungefährlicher erscheint, als die Laparotomie. Erleichtert ist die Enucleation immer dann, wenn der zu entfernende Tumor klein ist, wenn er ferner nirgends mit einem festen Stiel in die Uteruswand übergeht, erschwert ist die Operation und gefährlich, wenn die Tumoren gross sind und in grösserer Ausdehnung continuirlich in die Uteruswand übergehen, unter diesen Umständen ist eine Entfernung der Neubildung durch Laparotomie ungefährlicher, als die Enucleation, die überhaupt bei grösseren Myomen an Grösse der Gefahr nicht hinter der Myomotomie zurücksteht.

In allen Fällen nun, in denen durch Uterusmyome das Leben der Kranken bedroht wird und mit den vorhin angeführten Methoden nicht Abhülfe geschaffen werden kann, bleibt als einzige Möglichkeit der Heilung die Entfernung der Geschwulst von den Bauchdecken aus, die Laparotomie übrig. Die Operation hat, ähnlich wie die Ovariotomie die verschiedensten Perioden der Entwickelung durchgemacht. Während der ersten Periode bis zum Jahre 1843 scheuten sich alle Operateure so sehr vor diesem gefährlichen Eingriff, dass sie, wenn ein diagnostischer Irrtum sie einem solchen Fall gegenüberstellte, es nicht wagten, die Operation auszuführen, sondern unverrichteter Sache die Bauchhöhle wieder schlossen. Im Jahre 1843 exstirpierten englische Chirurgen die ursprünglich für einen Ovarialtumor gehaltene Geschwulst, trotzdem sie dieselben nach Eröffnung der Bauchhöhle als eine uterine erkannten. Der Ausgang aller in dieser Weise vorgenommenen Operationen war ein tötlicher. Kimbal war der erste, der im Jahre 1853 ein vorher diagnosticiertes Uterusfibrom exstirpierte und zwar mit günstigem Erfolge. Von nun an war dieser Eingriff der Zufälligkeit entrückt und unter die chirurgischen Operationen aufgenommen; die Operationen wurden im Laufe der Zeit häufiger, wenngleich sie immer noch vereinzelt blieben. Péan hat zuerst nach einem systematischen Operationsplan und zum Teil mit gutem Erfolge die Entternung der fibrösen Geschwülste des Uterus in Angriff genommen. Sein Verfahren bei derartigen Eingriffen, welches fast von allen Operateuren

befolgt wurde, besteht darin, dass er nach Freilegung des Tumors an der Basis desselben eine mitp dopeltem Eisendraht armirte Nadel durchstösst, die Drahtschlingen dann zu beiden Seiten herumführt und nun so stark anzieht, dass der Tumor in kurzer Entfernung über der Drahtligatur abgetragen werden kann, ohne dass eine Blutung eintritt. Den Stumpf des gestielten Tumors befestigt er im unteren Teile der Bauchwunde, indem er durch ihn kreuzweise zwei lange grade Nadeln einsticht, welche denselben auf den Bauchdecken zurückhalten. Unter diesen Nadeln wird um den Stumpf nun ein Draht herumgeschnürt, welcher denselben fest comprimirt. Ist es notwendig, dass ein Teil des Uteruskörpers mit abgetragen wird, so lässt man die Schlingenschnürer liegen, bis der mortificirte Stumpf abgefallen ist. Péan vermeidet ängstlich die Anlegung eines grossen Bauchschnittes und beobachtete, da er durch eine kurze Bauchschnittwunde grosse Tumoren nicht entwickeln kann, das Verfahren, den in der Bauchhöhle gelegenen Tumor zu verkleinern, indem er durch Drahtschnürer einzelne Teile des Tumors abschnürt und abträgt; deutsche und englische Operateure ziehen es vor, den Bauchschnitt zu verlängern, um auf diese Weise schneller und einfacher zum Ziel zu kommen.

Im Allgemeinen ist das Péna'sche Verfahren bei allen verschiedenen Arten der extraperitonealen Stielbehandlung in seinen Grundzügen dasselbe geblieben, obgleich in einzelnen Dingen von deutschen und englischen Chirurgen zweckmässige Besserungen eingeführt

worden sind. So hat die Anwendung der Drahtschnürer bei der ungleichmässigen Compression der umschnürten Gewebe mancherlei Nachteile: Es kann nicht selten der peritoneale Überzug durchschnitten werden, wobei starke Blutungen zustande kommen können; andrerseits wird bei Abnahme der Elastizität der Gewebe die Schnürung oft nicht genügen, um Blutungen zu verhüten. Von grosser Bedeutung für die Fortentwickelung des Operationsverfahrens war die Einführung der elastischen Ligatur als Ersatz für die Drahtschlingen, die nach dem Vorgang von Kleberg in Odessa allgemeine Anwendung fand sowohl bei extra- als auch bei intraperitonealer Stielversorgung. Zuerst galt die extraperitoneale Stielbehandlung als die einfachste und richtigste, obgleich sie nicht für alle Fälle anwendbar war. Später bildete sich die Methode der Stielversenkung mehr heraus, welche den Vorteil bot, dass die Bauchwunde geschlossen werden konnte und dass sie in allen Fällen anzuwenden war. Das erstere Verfahren wurde durch Hegar in der Weise weiter ausgebildet, dass er auf einen sorgfältigen Abschluss der Bauchhöhle gegen den Stumpf Gewicht legte und zu diesem Zweck das Peritoneum parietale der Bauchdecken mit dem peritonalen Überzug des Stumpfes vernähte und auf diese Weise die Wunde des Cervix nach aussen verlegte. Hegar und Kaltenbach erreichten mit dieser in der angeführten Art ausgebildeten Methode überraschend günstige Erfolge. Bei der intraperitonealen Behandlung des Stumpfes ist die von Schröder entwickelte und angegebene Methode

die einfachste und zugleich sicherste. Nach dieser wird der Uterushals mit der elastischen Schlinge comprimiert, über der Schlinge der Tumor abgetragen, der Uterusstumpf so behandelt, dass zwei aufeinander passende Wundlappen entstehen, die dann staffelförmig geschlossen werden, so zwar, dass zunächst durch die Naht die Cervixwunde geschlossen wird, dann die Muskelsubstanz vernäht und schliesslich auch die Peritonealwunde vereinigt wird. Die elastische Schlinge kann nach vollendeter Naht entfernt, oder auch mit versenkt werden; die Ovarien werden bei der Amputatio uteri mit entfernt und nur für den Fall zurückgelassen, dass ihre Entfernung wegen ausgebreiteter Verwachsungen grosse Schwierigkeiten macht. Haben sich die Tumoren soweit nach abwärts in den Cervix hinein entwickelt, dass sich aus dem Uterusgewebe kein Stiel mehr bilden lässt, so wird, wenn es irgend möglich ist, auch hier ein Schlauch um die Basis des Tumors gelegt, um die Blutung zu verhindern; ist dies nicht möglich, so sucht man durch Fingerdruck oder Anwendung von Klemmpincetten der Blutung bestmöglich vorzubeugen; sodann trennt man das peritoneale Gewebe, spaltet die Uteruswand und schält die Geschwulst aus ihrer Kapsel; die in der Uterussubstanz entstandene Wunde schliesst sich oft schnell, sodass eine Vernähung derselben überflüssig erscheint; ist aber die Blutung aus der Wunde bedeutend oder wurde bei der Operation das cavum uteri mit eröffnet, so ist es geboten, die Wunde durch Nähte zu schliessen.

Was nun den Erfolg der eben beschriebenen Operationsmethoden anbelangt, so beweisen die statistischen Zusammenstellungen, dass namentlich in früherer Zeit, etwa vor dem Jahre 1876 die Laparotomie und Hysterotomie bei Uterusgeschwülsten ein ausserordentlich gefährlicher Eingriff war, der mit 60 % bis 80 % Todesfällen endete. Allerdings hat sich mit der Zeit unter dem Einfluss des sorgfältigen antiseptischen Operationsverfahrens und einer vollendeteren Technik ein ausserordentlich günstiger Fortschritt auf diesem Gebiete gezeigt; aber noch heute hat ein derartiger operativer Eingriff so viele Gefahren, dass er nur unter den dringendsten Verhältnissen, bei ganz bestimmten Indicationen gerechtfertigt ist. Schon 1878 hielt Thornton, ein eifriger Verfechter der Myomotomie es für gerechtfertigt, bei allen Fibromen, die der medikamentösen Behandlung trotzen und welche das Leben gefährden oder die Trägerin an der Pflichterfüllung hindern, unter antiseptischen Cautelen eine Explorativ-Operation zu machen. Bei Gelegenheit der Sitzungen der gynäkologischen Gesellschaft in Cincinnati im Jahre 1880 sprach sich Palmer in einer ausführlichen Auseinandersetzung dahin aus, dass durch die Myomotomie Kranke vor einem langsam sich unter grossen Leiden entwickelnden tötlichen Ausgang bewahrt würden und dass schon hierdurch unter allen Umständen die Operation gerechtfertigt sei; er unterscheidet zwischen interstitiellen und subperitonealen Fibromen insofern, als (nach seiner Angabe) erstere nur selten zur Notwendigkeit führten,

Lapara-Hysterotomie vorzunehmen, da die Begleiterscheinungen auf andere Weise (Ergotin etc.) erfolgreich zu bekämpfen seien; die subperitonealen Tumoren dagegen seien, wenn sie stark wüchsen und durch Druck auf ihre Umgebung, durch Entzündung und Vereiterung u. s. w. gefährlich würden, nur durch die Laparatomie zu beseitigen. Schröder empfiehlt in der neuesten Auflage seines Lehrbuches, die Indicationen zu individualisieren. Jeder Fall soll für sich geprüft werden, ob die Gefahr der Operation im Verhältnis steht zu der Grösse der Beschwerden, welche der Kranken verursacht werden. Die Beurteilung eines solchen Falles ist meistens nicht möglich bei einer einzigen Untersuchung, sondern erfordert eine längere, sorgfältigere Beobachtung. Als hauptsächliche Indicationen zur Myomotomie stellt Schröder auf: Das schnelle, unaufhaltsame Wachstum des Tumors. Er unterscheidet dabei, ob die Kranke jung oder alt ist und rät im ersten Falle möglichst frühzeitig zur Operation zu schreiten, um nicht bei grösser gewordenem Tumor erhöhten Gefahren der Operation gegenüberzustehen. Eine stetige Grössenzunahme des Tumors verlangt, wenn derselbe sich im kleinen Becken entwickelt, bisweilen schon früh den radicalen Eingriff, weil das Myom, wenn es für das kleine Becken zu gross wird, ebenso wie andere Tumoren Incarcerationserscheinungen hervorruft und damit die sofortige Entfernung nötig macht. Eine zweite Indication zur Myomotomie liegt nach Schröder in den Blutungen aus der Uterusschleimhaut, die sich durch

medikamentöse Behandlung nicht mässigen oder sistieren lassen und durch ihre Häufigkeit und Intensität gefährlich werden.

Wenn ferner die Schmerzen und Beschwerden, welche von dem wachsenden Tumor verursacht werden, so bedeutend werden, dass sie unerträglich sind, so können sie allein schon die Indication zu einer radicalen Entfernung geben. Regelmässig aber ist die Myomotomie angezeigt, wenn in Folge der Geschwulst freie Bauchflüssigkeit sich ansammelt, welche nicht anders als durch die Entfernung des Tumors beseitigt werden kann.

Nachdem bisher in Kurzem die Grundzüge des Verfahrens zusammengestellt wurden, wie es Gusserow, Schroeder und Olshausen bei Behandlung der Uterusfibrome angeraten, soll jetzt als Beitrag zur Casuistik der Fibromyome des Uterus ein Fall beschrieben werden, der im März 1888 in der Königlichen geburtshilflichen Klinik zu Greifswald zur Operation kam und in durchaus normaler Weise verlief.

Frau Bussert, 42 Jahr alt, giebt an, dass sie bis auf diesen Fall immer gesund gewesen sei. Die Menstruation stellte sich im 14. Lebensjahre ein, war stets regelmässig und nie von Schmerzen begleitet. Seit dem 30. Lebensjahre gesellten sich zu den Menstruationen Schmerzen, die bisweilen recht bedeutend wurden; die letzte Menstruation, ebenfalls mit Schmerzen verbunden, ist vor 8 Tagen eingetreten, Fluor ist nicht vorhanden.

Die Kranke hat bisher zweimal Geburt und Wochenbett durchgemacht, die in durchaus normaler Weise ver-

liefen. Im Sommer vorigen Jahres begannen die sonst regelmässigen Menstruationen unregelmässig zu werden. Im September bekam Patientin Schmerzen im Kreuz und Magen, welche besonders Nachts unerträglich wurden. Damals trat auch eine starke Beeinträchtigung der Urinthätigkeit auf, so dass der Urin mit dem Catheter entleert werden musste. Die Patientin wurde arbeitsunfähig. Seit 14 Tagen sind starke mit Gerinnseln und Klumpen vermischte Blutungen aufgetreten.

Status praesens:

Der Bau der Kranken ist kräftig und gross, die Ernährung gut, die Farbe gesund, der Appetit gut, der Stuhlgang angehalten, Urin normal. Bei einer sorgfältigen bimanuellen Untersuchung fühlt man im Abdomen einen drei Finger breit unter dem Nabel zwischen diesem und der Symphyse liegenden festen Tumor, der nach rechts und links bis an die Beckenwand reicht und etwa 9 cm breit und oberhalb der Symphyse $10^1/_2$ cm lang ist. Der Tumor hat eine unregelmässige Oberfläche und ist in mässigem Umfange verschieblich. Vorn und an seiner rechten Peripherie sitzt ihm je ein bis Hühnerei grosser Tumor von etwa derselben Consistenz auf. Mittelst des in die Scheide eingeführten Fingers fühlt man im vorderen Scheidengewölbe den Tumor deutlich durch die Bauchdecken; er reicht ins linke Parametrium gut abgrenzbar hinein, ist leicht zu dislociren und umzuwerfen, wobei die Fingerspitze ohne Mühe in den Cervix hineinlangt. Der Uterus liegt rechts neben dem Tumor und sein Fundus bildet den einen der rechts sitzenden

Nebentumoren. Die Untersuchung mit der Sonde ergiebt: der Cervicalkanal ist verlängert, die Sondenspitze ist in dem rechts vom Haupttumor aufsitzenden kleineren Tumor zu fühlen; das Fibrom liegt also grösstenteils links vom Cervix. Dementsprechend wird die Diagnose gestellt auf: Fibromyoma cervicis interstitiale sinistrum und auf Grund der bedeutenden Schmerzen die Vornahme der Operation beschlossen.

Am 3. März 1888 wird die Operation in Narkose gemacht, die Bauchdecken gespalten. Das Fibrom sitzt entsprechend der vorher gestellten Diagnose ganz im linken ligamentum latum, beide Ovarien und Anhänge sind leicht zu erreichen. Da wenig Aussicht schien, das Cervixfibrom durch die leicht ausführbare Castration zur Rückbildung zu bringen, wurde, um die Dislocation des Tumors nach oben zu ermöglichen, der Peritoneaüberzug gespalten, der Tumor herausgeschält und hierauf mittelst starker Zangen derart hervorgezogen, dass die Umlegung eines Gummischlauches unter denselben möglich wurde; derselbe lag dicht über der Blase und Scheide und umfasste noch den untersten Teil der Geschwulst, so dass es unmöglich wurde, den Tumor ganz heraus zu schälen. Es wurde daher der Tumor zwei Finger breit über der elastischen Ligatur mit dem Messer abgetragen, so dass nur etwas von der Corticalis am Stumpf zurückblieb; der Stumpf wurde sodann mit der Haut vernäht (Peritoneum mit Peritoneum), der Gummischlauch mit der Schröder'schen Klemmzange liegen gelassen und der so extraperitoneal versorgte

Stumpf mit Liquor Ferri sesquichlorati und dem Thermocauter behandelt und dick mit Jodoform bestrichen. Die Laparatomiewunde war in üblicher Weise mittelst Catgut (die Hautmuskulatur mit Seidennähten verschlossen worden. Eine beträchtliche Blutung trat übrigens während der Operation ein, als der Gummischlauch beim Versuche, ihn doppelt zu knoten, zerriss.

Der Tumor war von der Grösse eines Kindskopfes, das linke Ovarium war degeneriert, die Tuben frei von Adhaesionen; der Cervicalkanal war bedeutend verlängert und durch die an der Grenze des corpus und cervix ausgegangenen Fibromyomwucherung bogenförmig geknickt.

In der rechten Uteruswand war noch ein wallnussgrosses Fibromyom intraparietal vorhanden, welches sich leicht lösen liess. Der grosse Tumor war bedeckt von den Blättern der ligamenta lata und fest mit dem Überzug verwachsen.

Das Befinden der Patientin nach der Operation war durchweg gut; nur einmal und zwar am 5. Tage nach der Operation stieg die Temperatur auf 38,5, sonst bewegte sie sich stets zwischen 37 und 38^0 mit geringen Schwankungen. Am 10. Tage werden die Nähte und der Gummischlauch entfernt. Am 27. März, also 24 Tage nach der Operation lässt sich der necrotische Pfropf ohne Blutung mit der Pincette von dem Stumpf abnehmen, so dass noch ein fingerlanger gut granulierender Kanal besteht, welcher mit Jodoform tamponiert wird und dessen äusseres Ende mit Lapis versorgt wird.

Auch in der späteren Zeit blieb die Temperatur

normal. Am 5. April verliess die Patientin das Bett. Die Fistel am Operationsstumpf wurde tüchtig ausgespült, mit Tintura Jodi injiciert und mit Jodoformgaze ausgestoptt. In der letzten Zeit wurde der Verband nur alle zwei Tage gewechselt. Die Patientin ging schon nach wenigen Tagen ohne Unterstützung; ihre Beschwerden waren vollständig verschwunden.

Am 18. April, also 46 Tage nach der Operation wurde die Patientin mit sehr enger Fistel als geheilt entlassen.

Der günstige glatte Verlauf des vorliegenden Falles, ein Beitrag zu den Resultaten der Myomotomie, liefert zugleich auch einen Beweis mit für die anerkannte Thatsache, dass in dem letzten Jahrzehnt die chirurgische Gynäkologie glänzende Fortschritte gemacht hat und berechtigt zu dem Schluss, dass die Prognose derartiger grosser Eingriffe stetig günstiger und sicherer werden wird.

Trotzdem ist heute noch die Myomotomie eine ernste und gefahrvolle Operation, deren Ausführung nur von geübten, erfahrenen Chirurgen vorgenommen werden sollte, die mit der Antiseptik, der Diagnose und der Technik durchaus vertraut sind.

Litteratur.

Gusserow: Neubildungen des Uterus.

Hofmeier: Ueber Myomotomie.

Schmidt: Jahrbücher der in- und ausländischen gesammten Medicin.

Schröder: Handbuch der Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane.

Lebenslauf.

Verfasser, ev. Confession, Sohn des Lehrers *Friedrich Koch*, wurde am 2. März 1862 zu Falkenhain, Kreis Mogilno geboren, besuchte das Progymnasium zu Tremessen und das Gymnasium zu Gnesen, woselbst er Ostern 1883 das Maturitätsexamen bestand. Er studirte auf den Hochschulen zu München und Greifswald, auf welch letzterer er am 20. April 1888 das Staatsexamen und am 2. Mai desselben Jahres das Examen rigorosum bestand.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen, Kliniken und Curse folgender Herren Professoren und Docenten:

In München:

Angerer, v. Nussbaum, v. Ziemssen.

In Greifswald:

Beumer, J. Budge, A. Budge, v. Feilitzsch, Gerstäcker, Grawitz, Grohé, Helferich, Krabler, Landois, Limpricht, Löbker, Mosler, Münter, Peiper, Pernice, v. Preuschen, Rinne, Range, Schirmer, Schulz, Sommer, Strübing.

Allen diesen hochverehrten Herren Lehrern spricht Verfasser an dieser Stelle seinen herzlichsten Dank aus, besonders aber Herrn Geheimrat Prof. Dr. *Pernice* für freundliche Unterstützung bei der Ausführung dieser Arbeit.

Thesen.

I.

Das Uteruscarcinom ist eine örtliche Erkrankung, welche durch Operation radical beseitigt werden kann.

II.

Eine radicale Beseitigung der Uterusmyome ist nur durch die Exstirpation derselben möglich.

III.

Bei Pes valgus congenitus ist die Therapie in den ersten Lebensmonaten einzuleiten.